

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

健康保険 任意継続被保険者資格喪失 申出書

被保険者(申出者)記入用

被保険者情報	記号	99	番号		生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名・印	(フリガナ)						
								自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 -)			都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()							

資格喪失の事由 (ア、イのいずれかを○で囲んでください。)	資格喪失年月日	令和	年	月	日
	(ア) 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため				
	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号				
	(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称			
		所在地			
	(3) 資格取得年月日	令和	年	月	日
(イ) 後期高齢者医療制度の被保険者となったため					
(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号					
(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名称	()	後期高齢者医療広域連合		
(3) 資格取得年月日	令和	年	月	日	

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 年 月 日

健康保険組合使用欄	証回収	<input type="checkbox"/> 回収済	保険料	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 未収 (無効通知 年 月 日送付)	還付	<input type="checkbox"/> 有 (請求書 年 月 日送付)

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印